**Załącznik nr 3 do formularza oferty**

**Znak sprawy: DZP.262.200.2017**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW**

**WYMAGANYCH I PODLEGAJĄCYCH OCENIE – PAKIET 1**

**Pakiet 1 - Aparat do terapii skojarzonej i symultanicznej szt.2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji 2017 (sprzęt fabrycznie nowy) | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametrów technicznych | **Parametry wymagane** | **Parametry podlegające ocenie** | **Parametr oferowany opisać** |
| 1 | Urządzenie do elektroterapii z dwoma niezależnymi kanałami i terapii ultradźwiękowej, do obsługi jednoczasowej obsługi dwóch pacjentów | TAK |  |  |
| 2 | Dotykowy wyświetlacz z podpowiedziami graficznymi umiejscowienia elektrod. | TAK |  |  |
| 4 | Pamięć zabiegowa z wbudowanymi programami standardowymi (min. 143 cele, min. 207 wskazań, min. 12 programów) | TAK |  |  |
| 4 | Możliwość wprowadzenia min. 50 własnych programów zabiegowych, | TAK | Wartość min.  - 0 pkt, wartość max – 10 pkt , pozostałe wartości proporcjonalnie |  |
| 5 | Dostępne prądy:  prąd prostokątny średniej częstotliwości,  prąd impulsowy prostokątny,  prąd impulsowy trójkątny,  prąd impulsowy wg. Träberta,  prądy diadynamiczne: LP, CP, MF, DF,  konwencjonalny TENS, symetryczny,  konwencjonalny TENS, asymetryczny,  konwencjonalny TENS, przemiennie symetryczny,  konwencjonalny TENS, przemiennie asymetryczny,  TENS uderzeniowy,  TENS uderzeniowy, przemienny,  TENS modulowany,  prąd niskiej częstotliwości, dwukierunkowy, symetryczny (czas impulsu 10-650 μs, częstotliwość 1-150 Hz),  prąd 2-biegunowy średniej częstotliwości,  prąd 4-biegunowy interferencyjny (4000 Hz),  interferencyjny tetrapolarny ze zmiennym wektorem,  NMES przebieg prostokątny,  NMES przebieg trójkątny,  NMES przebieg bifazowy,  NMES przebieg z przerwą między impulsami,  NMES 2-biegunowy modulowany przebieg średniej częstotliwości,  prąd faradyczny,  sekwencyjne przebiegi prądów,  jonoforeza,  reedukacja mięśni dna miednicy, stymulacja HAN Stim,  Rosyjska stymulacja. | TAK |  |  |
| 6 | Automatyczne określanie reobazy, chronaksji, krzywej i/t oraz współczynnika wypełnienia | TAK/NIE | Tak 10 pkt,  Nie 0 pkt |  |
| 7 | Możliwość graficznego ustawienia wykresów poszczególnych prądów | TAK |  |  |
| 8 | Możliwość przedstawiania w programach sekwencyjnych poszczególnych faz zabiegowych | TAK |  |  |
| 9 | Przewód zasilający 2 szt. przewód 2-żyłowy 6 szt., złączka testowa V/V 4mm 4 szt. | TAK |  |  |
| 10 | Pas mocujący 5x60 cm 8 szt. | TAK |  |  |
| 11 | Elektrody 6x8 cm 14 szt. | TAK |  |  |
| 12 | Podkłady wiskozowe 8 szt. | TAK |  |  |
| 13 | Możliwość zapisywania natężenia bólu - skala VAS | TAK/NIE | Tak 10 pkt,  Nie 0 pkt |  |
| 14 | Głowica 1MHz / 3 MHz o powierzchni 4,0 cm² szt.2 | TAK |  |  |
| 15 | Głowica 1MHz / 3 MHz o powierzchni ok. 1,0 cm² szt.2 | TAK |  |  |
| 16 | Głowice wodoodporne z kontrolą kontaktu z ciałem pacjenta | TAK |  |  |
| 17 | Współczynnik wypełnienia w zakresie min. 10-100% | TAK |  |  |
| 18 | Wybór terapii za pomocą gotowych programów. | TAK |  |  |
| 19 | Przycisk szybkiego wyboru terapii | TAK |  |  |
| 20 | Lista przeciwwskazań do terapii | TAK/NIE | Tak 10 pkt,  Nie 0 pkt |  |
| 21 | Programy diagnostyczne | TAK |  |  |
| 22 | Wizualny oraz akustyczny sygnał kontaktu głowicy  z ciałem pacjenta | TAK |  |  |
| 23. | Stolik na konstrukcji jezdnej z blokadą kół szt.2 | TAK |  |  |

UWAGA!:

Jeśli w rubryce „Parametry wymagane” wymagana jest odpowiedź „TAK” – jest to parametr wymagany - Wykonawca jest zobowiązany do potwierdzenia go w rubryce „PARAMETR OFEROWANY” wraz z opisem. Nie spełnienie któregokolwiek z tych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Jeśli w rubryce „Parametry podlegające ocenie” jest ZAWARTA PUNKTACJA – jest to parametr podlegający ocenie, Wykonawca jest zobowiązany do podania jednej z opcji w rubryce „PARAMETR OFEROWANY’, wraz z opisem.

Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi.

……………………………………………………..  
 *Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy*